Tarification médicale ambulatoire (Tardoc – Forfaits)



Stéphane Johner

C-Evolution Sàrl

Contexte…

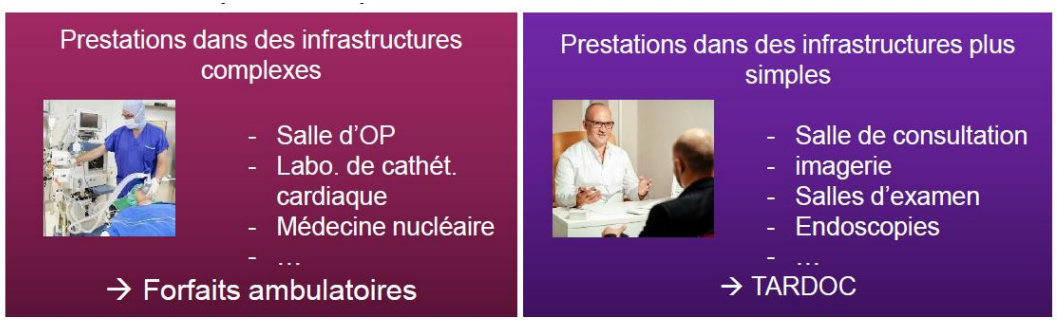
- **TMA (Tarif Médical Ambulatoire) dès le 01.01.2026**
- Composé de 1’400 positions TARDOC et d’environ 315 Forfaits ambulatoires
- Présenté dans un catalogue de prestations appelé CPTMA (***C****atalogue des* ***P****restations relevant des* ***T****arifs* ***M****édicaux* ***A****mbulatoires)*

Contenu

- Système tarifaire cohérent
- Conception & définitions
- Règles les plus importantes
- Quelles modifications structurelles ?
- Outils
- Facturation
- Exemples
- Soutien

Système tarifaire cohérent – Domaines d’application

- Il n’est pas possible de choisir la structure tarifaire
- Chaque prestation réalisée et saisie via le catalogue de prestations, le CPTMA (catalogue de prestations relevant des tarifs médicaux ambulatoires) ne peut être facturée que dans une structure tarifaire



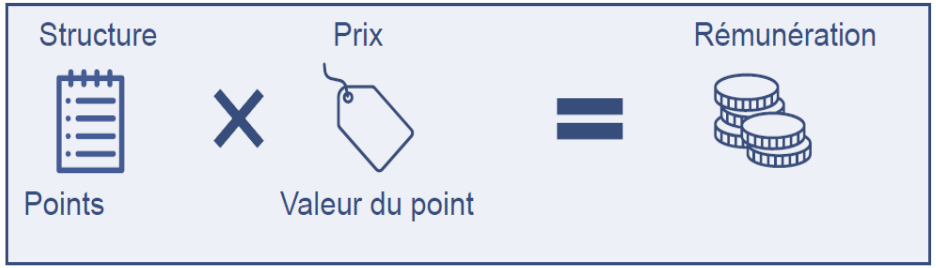
Système tarifaire cohérent – Tarif au forfait ou à la prestation

- Tardoc = un tarif à la prestation unitaire. Chaque prestation est présente et valorisée séparément sur la facture
- Forfait = un tarif au forfait. Toutes les prestations réalisées sur une période donnée sont valorisées sur la facture par un seul montant forfaitaire
- La structure tarifaire indique des valeurs relatives et pondérées, pas en CHF

Système tarifaire cohérent – Séparation de la structure et du prix

- Les valeurs relatives de la structure tarifaires (points) sont multipliées par le prix (valeur du point). Le résultat est le montant qui figurera sur la facture (rémunération).

- Pour information : le système tarifaire cohérent soit la structure est applicable au niveau fédéral. La valeur du point est souvent négociée au niveau cantonal par les fournisseurs de prestations de soins dans le domaine ambulatoire.



Système tarifaire cohérent – Système perfectible et évolutif

- Le système tarifaire cohérent sera adapté chaque année sur la base de données actualisées afin de coller au plus près de la médecine actuelle
- Les fournisseurs de prestations de soins dans le domaine ambulatoire livrent chaque année leurs données de coûts et les prestations à l'organisation tarifaire (OTMA)
- Durant les 3 premières années, le système tarifaire global ne changera pas. Dès 2029, le domaine d'application du TARDOC sera réduit au profit d'une extension des Forfaits



Conception
Définitions

3. Séance

3.1. Définition

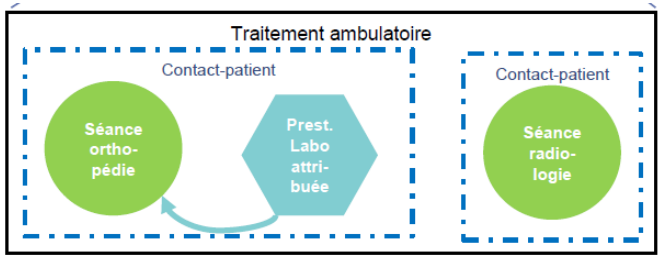
1 Une séance est définie comme la rencontre physique ou par téléphone du patient avec un *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* (chapitre 2 Fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire). Dans ce cadre, le *fournisseur de prestations dans le cadre ambulatoire* fournit une prestation en faveur du patient qui sert à diagnostiquer ou à traiter une maladie (art. 25 al. 1 LAMal).

Source: OTMA – Modalités d'application

4. Contact avec le patient

1 Un contact avec le patient (aussi appelé «contact-patient») est composé de la séance et des prestations qui lui sont attribuées (pathologie, prestations d'analyse, prestations en l'absence du patient, rédaction de rapports). Si aucune prestation n'est attribuée à la séance, cette dernière est assimilée au contact avec le patient.

Source: OTMA – Modalités d'applicationn

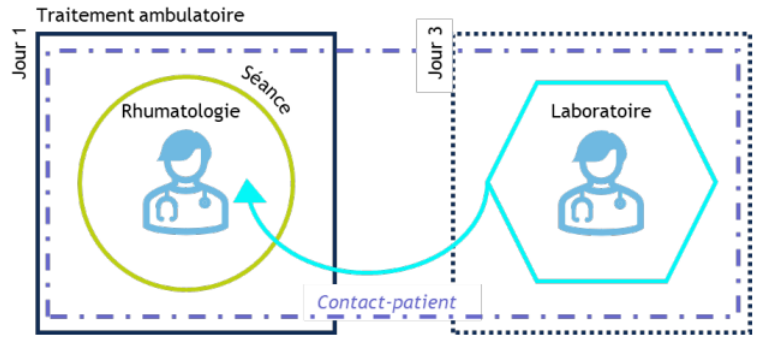


Conception définition fine

- **La séance** est :
  - la plus petite unité tarifaire.
  - indépendante de la structure tarifaire applicable (forfaits ambulatoires/TARDOC)
  - Les produits thérapeutiques fournis ne font pas partie de la séance
- **Le contact patient** est :
  - Composé de/des séances et des prestations attribuées
    - Les prestations attribuées sont :
      - Les prestations de la pathologie et de laboratoire
      - Les prestations en l'absence du patient
      - Les rapport
- **Le traitement ambulatoire** est :
  - Le regroupement d'un ou de plusieurs contacts patients pour autant qu'ils concernent :
    - Le même patient
    - Le même garant
    - Ils ont eu lieu le même jour
    - Et si les diagnostics des contacts patients appartiennent au même groupe de diagnostic
- **Les prestations attribuées** ne représentent pas un contact avec le patient sont attribuées aux contacts avec le patient :
  - Les prestations de laboratoire et de pathologie (y c. liste des analyses)
  - Les prestations en l'absence du patient
  - Les rapports

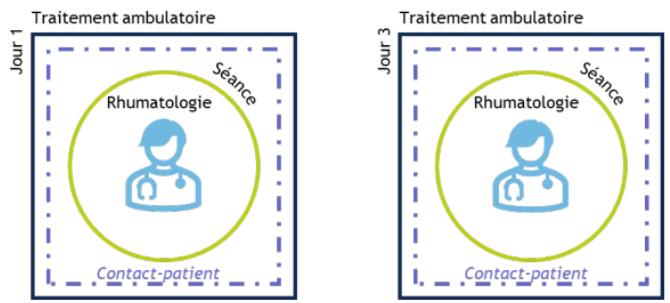
Les analyses de laboratoire du prélèvement sanguin ne sont réalisées que deux jours après la séance lors de laquelle l'analyse a été demandée.

➔ **<u>Un</u> contact-patient, un *traitement ambulatoire*.** Les prestations de laboratoire sont regroupées en un contact-patient avec la ***séance* lors de laquelle l'analyse a été demandée**, même si les prestations ont été fournies deux jours après la séance lors de laquelle l'analyse a été demandée.



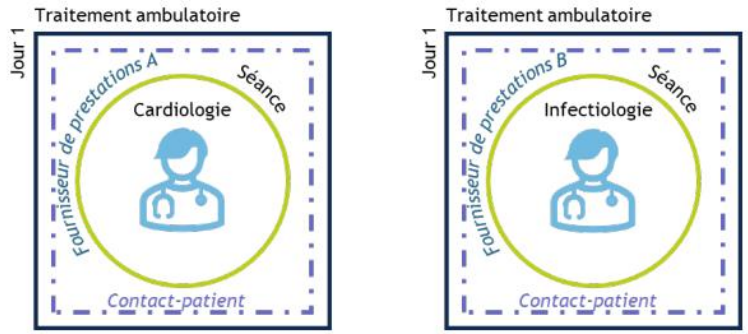
Le patient a un rendez-vous chez le rhumatologue le **jour 1**. Un contrôle est convenu le **jour 3** en raison du tableau clinique aigu.

➔ **<u>Deux</u> *traitements ambulatoires***, parce que **<u>deux</u> contacts-patient** sur **deux jours civils <u>différents</u>**.



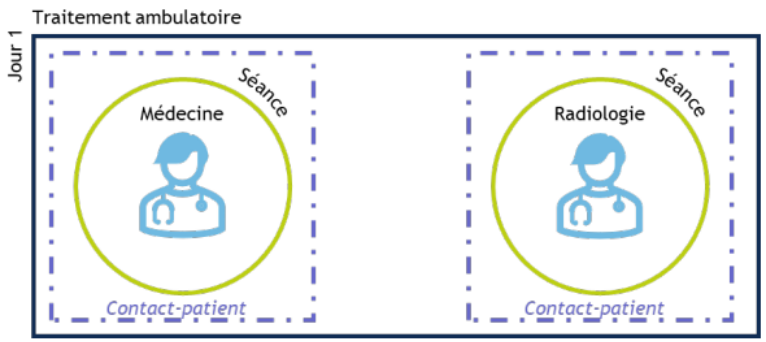
Le patient a le même jour civil un contrôle chez le cardiologue au cabinet et un contrôle chez l'infectiologue à l'hôpital.

➔ **<u>Deux</u>** ***traitements ambulatoires***, parce que deux ***fournisseurs de prestations selon la LAMal*** qui ne sont pas directement liés.



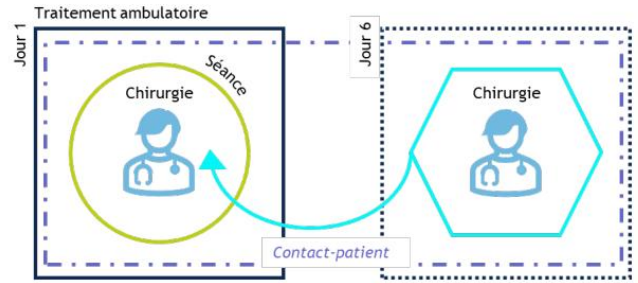
Une radiographie du thorax est réalisée chez un patient en médecine interne (suspicion de pneumonie).

➔ **<u>Un</u>** ***traitement ambulatoire***, parce que les ***diagnostics*** des contacts-patient des deux services spécialisés conduisent au **<u>même</u>** ***groupe de diagnostics***.



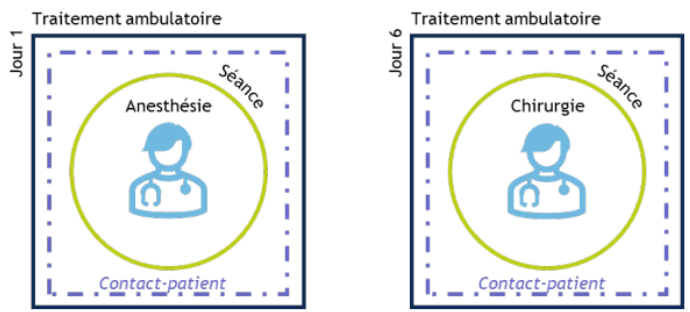
Le chirurgien répond **cinq jours après** l'intervention par e-mail à plusieurs questions du patient concernant la suite du traitement.

➔ **<u>Un</u> contact-patient, un *traitement ambulatoire*.** Les prestations dans le cadre de l'e-mail sont regroupées avec la **séance précédente en un contact-patient**. Elles comptent donc comme un ***traitement ambulatoire***.



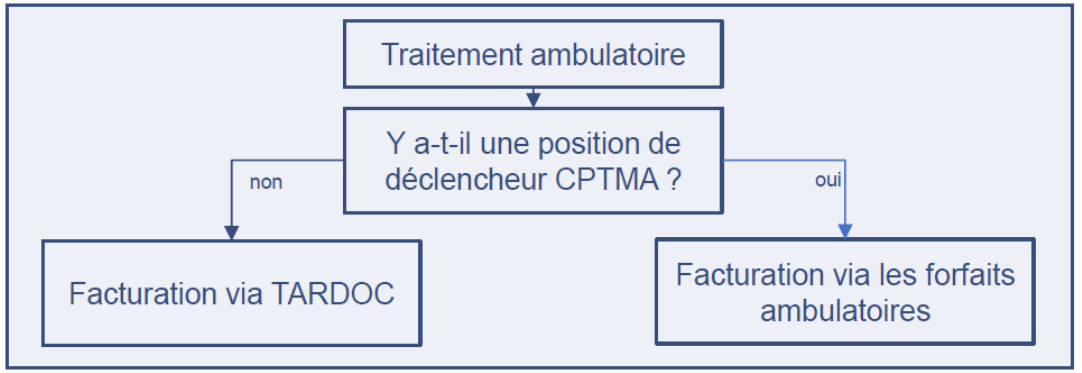
Un patient se rend **cinq jours avant** l'opération d'une hernie à la consultation d'anesthésiologie.

➔ **<u>Deux</u>** ***traitements ambulatoires***, parce que **<u>deux</u> contacts-patient** sur deux **jours civils <u>différents</u>**.



Règles les plus importantes
Quelle structure tarifaire ?

- Pour chaque traitement ambulatoire, le système de facturation déterminera sur la base de la saisie des prestations réalisées via le catalogue (CPTMA), la structure tarifaire la plus pertinente.
- Il est exclu de combiner un forfait et du Tardoc pour un même traitement ambulatoire
- En cas de facturation au forfait, un seul forfait peut être facturé par traitement ambulatoire



Règles les plus importantes

- Les dispositions d'application et de la facturation se situent à plusieurs niveaux :
  - Interprétations générales
  - Interprétations de chapitre et de règles au niveau des chapitres principaux et des sous-chapitres
  - Règles et interprétations au niveau de la position tarifaire
  - Règles au niveau des groupes de prestations
  - Les règles comprennent aussi les limitations de quantités, les limitations d'âge et les règles de cumul
  - Les positions tarifaires sont des prestations à l'acte ou au temps, facturée par unité de temps ou pour chaque acte

Règles les plus importantes

- Fournisseurs de prestations dans le cadre ambulatoire
  - médecin selon l'art. 35 al. 2 let. a LAMal
  - ou institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins selon l'art. 35 al. 2 let. n LAMal et qui ne dispose que d'un service spécialisé
  - ou service spécialisé (selon le règlement relatif aux services spécialisés, y compris la liste des services spécialisés) au sein d'un hôpital selon l'art. 35 al. 2 let. h LAMal ou d'une institution de soins ambulatoires dispensés par des médecins selon l'art. 35 al. 2 let. n LAMal).
- Prestations fournies par le personnel paramédical
  - Les prestations fournies par le personnel paramédical font partie intégrante de la composante des prestations (PIP) et sont indemnisées par le biais de celle-ci. Lorsque ces prestations sont fournies juste après une consultation ou d'autres prestations médicales de base, elles ne peuvent pas être considérées comme une prolongation de ces dernières.
  - Sont exceptées de ce principe les prestations explicitement tarifées effectuées par le personnel paramédical.
- Activité avec effets indirects sur le tarif
  - Ces prestations sont déjà incluses dans les positions tarifaires spécifiques et sont rémunérées en conséquence:
  - déduction pour les inconvénients personnels tels que WC
  - appels téléphoniques avec des services publics
  - pauses légales
  - temps de déplacement au sein du cabinet / du service
  - temps pour la gestion du cabinet / du personnel
  - rapports
  - réunions d'équipe
  - contrôles de qualité (p. ex. appareils, processus, enquêtes sur la satisfaction des patients, mesures diverses)
  - statistiques médicales pour les autorités fédérales / cantonales
  - retards / inconvénients dans lesquels l'unité fonctionnelle ne peut être utilisée pour effectuer la prestation
  - gestion périopératoire (réunions d'équipe, arrangements des rendez-vous, etc.)

Règles les plus importantes

- Valeurs intrinsèques qualitatives
- Prestations d'infrastructure et personnel (PIP)
- Unités fonctionnelles
- Documentation de la prestation
- Rapport
- Télémédecine
- Temps de changement
- Présentation de la facture
- Neutralité des coûts
- Livraison des données

Règles les plus importantes

- Forfaits : toutes les prestations fournies sur période donnée font l'objet d'une rémunération forfaitaire, y compris les laboratoires sauf :
  - les produits thérapeutiques fournis (médicaments et dispositifs médicaux) – cf. définition de la séance
  - les produits sanguins stables et labiles (CE, CP, FFP, facteurs de coagulation)
  - les implants inclus dans des groupes de cas dûment identifiés dans le Catalogue des forfaits ambulatoires
- Tardoc : chaque prestation est évaluée séparément sur la facture en tant que position tarifaire
  - Les règles de limitation et de cumul de TARDOC s'appliquent au niveau de la séance et du service spécialisé.
  - Les règles de TARDOC sont à chercher à la position tarifaire, mais aussi dans les différents chapitres.
  - Les produits thérapeutiques fournis sont facturables séparément (cf. la définition de la séance).
  - Les positions tarifaires sont de prestations à l'acte ou au temps
  - Les prestations au temps sont facturées par unité de temps et celles à l'acte pour chaque acte

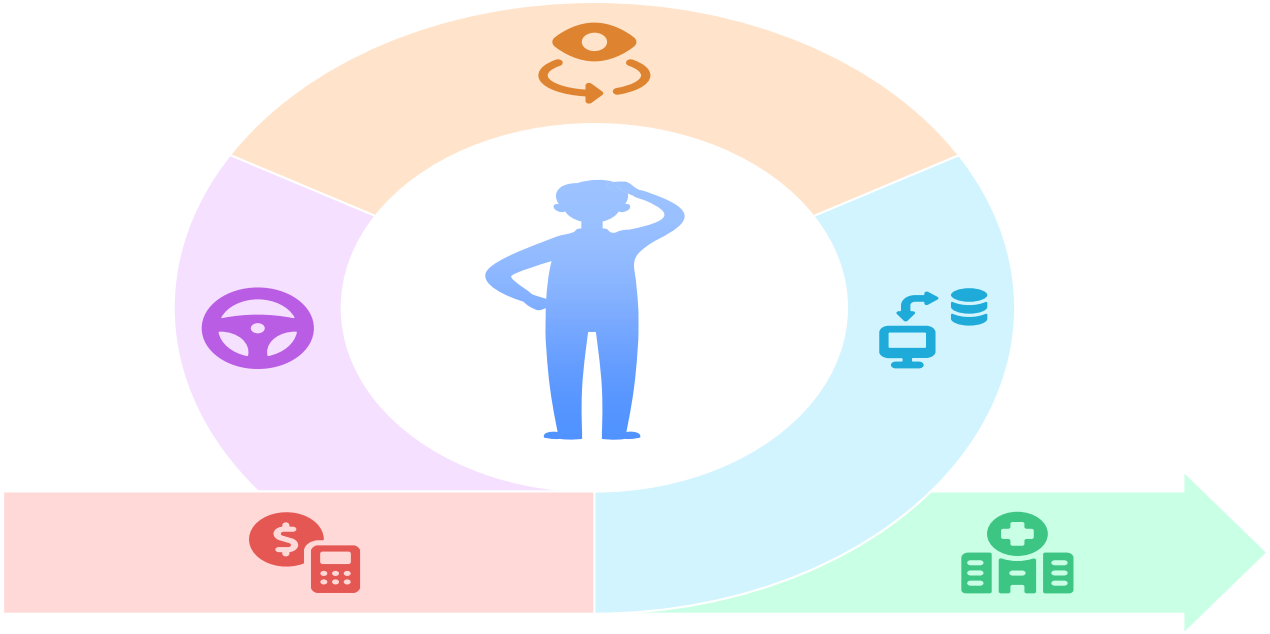
Outils

- CPTMA : catalogue des prestations
- Navigateur tarifaire
- Outils de simulation

Facturation

- Annexe H : Facturation et échange de données

Quelles modifications structurelles pour facturer juste ?



En pratique pour 2027

Modalité d'application et documents explicatifs

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

TARDOC 2027
RAPPORT D'IMPACT

I. PRESTATIONS TARDOC
PRINCIPAUX CHANGEMENT

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

Pour la version TARDOC 1.5 (v2027), les thèmes suivants ont été définis comme axes prioritaires de développement et ont fait l'objet d'un travail approfondi :

Urgence/consultations pressantes	Pédiatrie	Surveillance non médicale
•Sous-chapitre AA.30 Consultations pressantes et urgentes dans la pratique privée •Chapitre WG Service des urgences de l'hôpital	•Chapitre CG Pédiatrie, néonatologie •Toutes les positions tarifaires qui concernent les enfants et les adolescents	•Sous-chapitre AM.00-AM.15 Prise en charge/surveillance par du personnel non médical •Chapitre WG Service des urgences de l'hôpital •Chapitre WK Soins intensifs et soins intermédiaires

I. PRESTATIONS TARDOC
URGENCES & PÉDIATRIE

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

Urgences — AA.30 & plâtres

- Axe urgences **reconduit pour 2028–2029** : pas de refonte de fond en 2027.
- Déjà en vigueur depuis 2026 : **AA.30.0010** non facturable par les permanences / cabinets sans rdv

- AP.15/20/25 => Plâtre pour le personnel paramédical.
- AP.00/05/10 => Plâtre pour le personnel médical.

Pédiatrie — CG et suppléments liés à l'âge

- Nouvelles tranches TARDOC : 0–3 / 3–8 / 8–14 / 14–18 ans.
- Consultation prolongée ≤ 8 ans : **AA.00.0025** ; visite : **AA.00.0045** (méd. de famille : CA.00.0025 / CA.00.0055).
- **CG.00.0155** : conseil enfants et adolescents ≤ 18 ans, par minute.
- **AK.00.0025** : prise de sang veineuse ≤ 8 ans (personnel non médical).
- **CG.15.0010** : supplément ≤ 14 ans – pédiatres, enfant présent, non cumulable avec les prestations en absence du patient.
- **CG.10.0060** : subluxation du coude ≤ 7 ans.
- **AP.20.0020** : supplément plâtre enfant < 8 ans.
- Anesthésie : CI III minimum ≤ 3 ans ; MAC/CI +1 classe ≤ 8 ans si justifié.

I. PRESTATIONS TARDOC
SURVEILLANCE & RÈGLES DE CUMUL

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

AM.00–AM.15 — Surveillance non médicale

- Intensité selon la **charge de travail, l'état clinique et le risque de complications** – plus selon le nombre de substances ni le type d'accès vasculaire.
- **AM.05.0010** : préparation avant perfusion, 15 min × 3/séance max.
- **AM.05.0040 / 0050 / 0070** : intensité faible / modérée / élevée (< 10 / < 20 / > 20 min par heure – seuils à confirmer dans le catalogue 2027).
- **AM.05.0030** isolement : 1×/séance ; suppléments isolement % (0060/0080) et surveillance complexe (0090/0100) supprimés.
- AM.05.0020 → **AM.20.0010** ; phérèse JV.10 → via AM.05 ; AM.00.0010 : 6 × 15 minutes.
- Dans le modèle de coûts AM.05/AM.10 → valeur en baisse

⇒ Surveillance et prise en charge à documenter !

WK — Soins intensifs / intermédiaires et cumuls

- Exclusions réciproques : **AM** ↔ **WK** ; **WG** ↔ **AM** ; WG/WK ↔ AA.00, AA.05, AA.10 et AK.00.
- **AK.00.0010–0130** non cumulables avec AM.05 ; AM.05, AM.10 et AM.15 non cumulables avec AK.00.
- **GG.15.0380** : surveillance incluse dans l'intervention – pas d'AM.00–AM.20 en plus.
- Prestations AK non médicales cumulables avec une consultation si non simultanées (clarification OTMA n° 27).
- Contrôler les plafonds des prestations et le traitement des séances HDJ.
- Revoir les règles de facturation et les contrôles dans les outils (DPX, XPLORE).

II. FOCUS FORFAIT
5 AXES DE DÉVELOPPEMENT

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

Les 5 priorités OTMA pour les forfaits 1.2

1. Médecine nucléaire
2. Chirurgie de la main
3. Chirurgie maxillo-faciale
4. Chirurgie pédiatrique
5. Pathologie

~420 groupes de cas (+100) ; 30 nouveaux splits d'âge.

On passe d'environ 320 à 420 groupes. Un même type d'opération peut donc maintenant tomber dans plusieurs forfaits de valeurs différentes, selon sa complexité.
Exemple : **Cataracte (C02.15) et cornée (C02.05) :** les cas simples sont séparés des cas exigeants, pour mieux payer les exigeants et ne plus surpayer les simples.

Évolutions structurelles majeures

- 14 des 17 chapitres font l'objet de modifications.
- Simplification du chapitre C00 (radiothérapie, médecine nucléaire, ganglions).
- Cap10 (endocrinologie) intégré au Cap03 (pas assez de cas); Cap22, 23 et 90 inchangés.
- Ajustement de certains groupes et niveaux de complexité. Ce qui est saisi (prestations, anesthésie, âge, pathologie) décide encore plus directement du forfait obtenu. Une saisie incomplète peut faire tomber le cas dans un forfait moins bien payé.
- Déplacement de prestations entre TARDOC et forfaits ; implants cochléaires (C03.70) → TARDOC.
- Intégration de la pathologie liée au cas dans les forfaits dès 2027.

II. FOCUS FORFAIT
IMPACTS PAR SPÉCIALITÉ

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

Chirurgie, pédiatrie et main

- Chirurgie pédiatrique : nouveaux splits < 1, < 3, < 7 et < 16 ans, **distincts de TARDOC**.
- Ajustements des forfaits en ORL, urologie et chirurgie digestive ; splits anesthésie < 16 ans.
- Chirurgie de la main : canal carpien (C01.15), sutures nerveuses (C01.16), C08.40 (implants trapézo-métacarpiens), C08.41 (aponévrectomie).
- *Maxillo-faciale : C08.10 révisé selon les combinaisons et la complexité.*

Médecine nucléaire et paramétrage

- C00.63 : médecine nucléaire thérapeutique – radiopharmaceutiques inclus (SIRT, Xofigo).
- C00.80 : TEP/CT ; nouveau C00.81 : SPECT ; C00.82 : scintigraphie.
- Différenciation selon traceurs, examens, anesthésie et âge.
- JX.30.0010–0030 (TARDOC) supprimées → forfaits.
- Vérifier le mapping des actes, les déclencheurs de forfait, les seuils d'âge et l'intégration des coûts.
- Contrôler les changements de périmètre avec les prestations TARDOC.

II. FOCUS FORFAIT
PRINCIPAUX CHANGEMENT

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

1

Périmètre TARDOC ↔ forfaits

Positions trigger revues ; GG.15, JX.30 et WA.20.0040 passent aux forfaits ; implants cochléaires vers TARDOC.

2

Cap00 réorganisé

C00.20→C00.12, C00.30→C00.13, C00.40→C00.14, C00.50→C00.15, C00.61→C00.20 ; nouveaux C00.81 (SPECT) et C00.90 (ganglions).

3

Pédiatrie

30 nouveaux splits d'âge (< 1 / < 3 / < 7 / < 16 ans) et splits d'anesthésie < 16 ans. Seuils différents de TARDOC.

4

Main & maxillo-facial

Canal carpien complexe (C01.15) et sutures nerveuses (C01.16) revalorisés ; C08.40/C08.41 revus ; C08.10 entièrement révisé.

5

Pathologie intégrée

Plus de facturation séparée pour les séances dès le 01.01.2027 (fin de la convention transitoire B2 au 31.12.2026). PATH-triggers et 3 niveaux de complexité.

III. OVERVIEW DES IMPACTS PAR SERVICE
IMPACT HORS FORFAITS

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

	PRINCIPAUX CHANGEMENT	IMPACT ESTIME SUR LE PARAMETRAGE (Faible – Moyen – Fort)	RISQUES IDENTIFIES
RTH	Ré-organisation globale de Cap (C00.20→C00.12, C00.30→C00.13, C00.40→C00.14, C00.50→C00.15, C00.61→C00.20 ; nouveaux C00.81 (SPECT) Nouvelles prestations télémédicales	Fort	Forfait réel donné par le Grouper 1.2. Risque de mauvaise prestations trigger
ONCO	AM.05 refondu ; AK exclu avec AM.05 Palliatifs CA.15 -> AA.21 Nouvelles prestations télémédicales	Fort	Chaînages HDJ à refaire. Transfusion de fer à checker, risque de reufs des AK
URG	Refonte des AM. Nouvelles prestations télémédicales	Fort	
UPED	Suppléments jusqu'à 8 ans (AA.00.0025, AK.00.0025). Refonte des AM. Nouvelles prestations télémédicales Nouvelles préstations <8ans	Fort	Âge exact, s'assurer que les suppléments prennent bien.
RAD	Interprétation renumérotée (GG.30, GM.15, GK.50, GP.15). Interprétations → prestations additionnelles (nouveaux codes) ; CT/IRM exigeants en référence. Nouvelles prestations.	Moyen	Actualiser les codes.
NUCL	GM.15 -> GM.00.0025 / 0027. Forfaits C00.63, C00.80, C00.81, C00.82. JX.30 supprimée!	Faible	Groupage TEP et SPECT à vérifier Actualiser les codes.
RADPED	Splits d'âge forfaits (< 1 / < 3 / < 7 / < 16).	Faible	Baisse des points techniques en radiologie conventionnelle
LC URG	Comme URG + plâtres AP.20 par personnel non médical (2 min médecin incluses)	Moyen	Cf.urg
CABINET	Télémédecine différée à la minute ; déplacement 40 min ; AA.25.0035 (rapport AI) ; CG.00.0155,...	Moyen	Communication aux médecins, Newsletter (Samira)

IV. TARDOC 2027 VS 2026
NOUVELLES PRESTATIONS

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

Code 2027	Nouvelle prestation 2027	Points 2027 (PM+PT)	Comparée à (2026)	Points 2026 (PM+PT)	Écart
AA.00.0025	+ Consultation enfant ≤ 8 ans, /min	3.98	AA.00.0020 – + Consultation, /min	3.84	**+4 %**
AA.00.0045	+ Visite enfant ≤ 8 ans, /min	3.98	AA.00.0040 – + Visite, /min	3.84	**+4 %**
AA.25.0035	Rapport médical à l'AI, /min	3.98	AA.25.0030 – Rapport à l'assureur, /min	3.84	**+4 %**
AA.10.0050	Analyse différée données santé, /min	3.98	AA.15.0010 – Étude de dossiers (absence patient), /min	3.84	**+4 %**
AM.20.0010	Prest. médicale surveillance non méd., /min	2.19	AM.05.0020 – Prestation médicale dans le cadre la surveillance paramédicale	2.11	**+4 %**
AA.21.0010	Soins palliatifs : consultation 5 min	19.93	CA.15.0010 – Consultation de soins palliatifs du médecin de famille, 5 premières min	19.20	**+4 %**
AK.00.0025	Prise de sang veineuse enfant ≤ 8 ans	26.92	AK.00.0020 – Prise de sang veineuse	8.64	**+212 %**
CA.00.0025	+ Consult. méd. famille enfant ≤ 8 ans, /min	3.98	CA.00.0020 – + Consult. méd. famille, /min	3.84	**+4 %**
CG.00.0155	Conseil enfants/ados ≤ 18 ans, /min	3.98	CA.00.0030 – Conseil méd. famille, /min	3.84	**+4 %**
GM.00.0025	+ Interprétation et rapport CT	61.80	GM.15.0010 – Interprétation et rédaction du rapport de CT	59.25	**+4 %**
GP.00.0035	+ Interprétation et rapport IRM	77.24	GP.15.0010 – Interprétation et rédaction du rapport d'IRM	74.06	**+4 %**
GG.00.0025	+ Évaluation radiologie d'organes	15.45	GG.30.0020 – Évaluation d'examens radiologiques d'organes	14.81	**+4 %**
AP.20.0010	Attelle thermoplastique, pers. non médical	57.26	AP.05.0010 – Attelle thermoplastique (médecin)	61.28	**-7 %**
AP.20.0020	+ Plâtre enfant < 8 ans, pers. non médical	17.61	AP.05.0020 – + Plâtre enfant < 8 ans (médecin)	27.56	**-36 %**
CG.10.0060	Subluxation du coude enfant ≤ 7 ans	22.44	C08.50C – Forfait 2026 : réduction fermée fracture/luxation épaule, coude, tête radiale, humérus, tibia, cheville, pied	826.13	**-97 %**

IV. TARDOC 2027 VS 2026
PRESTATIONS MODIFIÉES

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

Code	Prestation	Unité	Points 2026 (PM+PT)	Points 2027 (PM+PT)	Écart	Remarque
AA.00.0010	Consultation, 5 premières min	acte	19.20	19.93	**+4 %**	
AA.00.0050	Temps de déplacement	/min	3.84	3.98	**+4 %**	Limite 60 → 40 min
AA.30.0010	Indemnité consultation pressante A	acte	24.87	25.15	**+1 %**	Pas pour les hôpitaux
AM.00.0010	Surveillance non médicale non spécialisée	/15 min	13.19	12.71	**-4 %**	Limite 8 → 6
AM.05.0040	+ Surveillance intensité faible	/15 min	9.15	6.49	**-29 %**	
AM.05.0050	+ Surveillance intensité moyenne	/15 min	16.41	11.10	**-32 %**	
AM.05.0070	+ Surveillance intensité élevée	/15 min	23.65	15.69	**-34 %**	
AM.05.0010	Préparation avant perfusion	30 min → /15 min	76.30	22.26	**-71 %**	2027 : 2 × 15 min = 44.52 pts
AA.10.0030	Consultation télémédicale différée	acte → /min	19.20	3.98	**-79 %**	2026 par acte, 2027 par minute
AM.05.0030	Supplément isolation de contact	% → acte	–	14.84	**–**	2026 en %, 2027 montant fixe 1×/séance
AM.05.0090	Surveillance complexe 45 min	acte	114.45	–	**–**	Supprimée (AM.05.0100 : 152.61 pts, idem)
GM.10.0010	Examen technique CT exigeant	acte	76.29	80.46	**+5 %**	Devient prestation de référence
CG.15.0010	Supplément enfants (12 → 14 ans)	acte	13.82	14.36	**+4 %**	Âge étendu à 14 ans
WG.00.0020	Urgences : non monitorisés	/15 min	5.84	17.07	**+192 %**	Limite 12 → 32
WG.00.0040	Urgences : monitorisés	/15 min	17.72	21.68	**+22 %**	Limite 16 → 32
WG.00.0050	Urgences : salle de réanimation	30 min → /15 min	142.47	40.63	**-71 %**	2027 : 2 × 15 min = 81.26 pts

IV. FORFAITS 2027 VS 2026
RADIOTHÉRAPIE & MÉDECINE NUCLÉAIRE

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

Forfait 2027	Libellé 2027	Points 2027	Forfait 2026 comparable	Points 2026	Écart
C00.20D	CT de planification	352.33	C00.61D – TDM de planification / autres aides à la fixation	166.04	**+112 %**
C00.20A	Confection de bolus	3'007.14	C00.61A – Confection de bolus	1'928.87	**+56 %**
C00.20C	Planification ou simulation	943.75	C00.61C – Planification ou simulation	648.77	**+45 %**
C00.20B	Planification et simulation	1'760.73	C00.61B – Planification et simulation	1'366.86	**+29 %**
C00.12D	Hyperthermie superf., planif. ou simulation	2'054.12	C00.20D – Hyperthermie superf., planif. ou simul.	1'203.26	**+71 %**
C00.12E	Autre hyperthermie superficielle	728.56	C00.20E – Autre hyperthermie superficielle	902.89	**-19 %**
C00.80E	TEP : simples sur TEP/IRM	1'824.03	C00.80D – Autre TEP	1'275.96	**+43 %**
C00.80F	TEP : simples sur TEP/CT	1'661.02	C00.80D – Autre TEP	1'275.96	**+30 %**
C00.80B	TEP : exigeants/complexes avec anesth. ou < 16 ans ; complexes sur TEP/IRM	2'803.64	C00.80B – TEP produits spécifiques / prépar. complexes	2'357.57	**+19 %**
C00.80A	TEP : combinaison simples + exigeants/complexes	4'192.72	C00.80A – TEP produits spécifiques complexes	3'839.26	**+9 %**
C00.80D	TEP : simples avec anesth. ou < 16 ans ; exigeants	2'160.75	C00.80B – TEP produits spécifiques / prépar. complexes	2'357.57	**-8 %**
C00.80C	TEP : produits complexes	2'634.48	C00.80A – TEP produits spécifiques complexes	3'839.26	**-31 %**
C00.13C	Autre curiethérapie	567.37	C00.30E – Autre curiethérapie	585.37	**-3 %**
C00.13B	Curiethérapie, planif. ou simulation	1'005.03	C00.30C – Curiethérapie, planif. ou simul.	1'562.58	**-36 %**
C00.82D	Scintigraphie : autres	648.77	C00.82B – Scintigraphie	710.61	**-9 %**
C00.81D	SPECT : autres	931.00	C00.80C – SPECT	1'371.78	**-32 %**
C00.15Z	Radiothérapie conventionnelle	89.65	C00.50C – Autre RT conventionnelle	100.28	**-11 %**
C00.14D	Haute énergie, autre irradiation	246.79	C00.40D – Autre haute énergie	306.70	**-20 %**
C00.14B	Haute énergie, planif. ou simulation	938.74	C00.40B – Haute énergie, planif. ou simul.	1'326.02	**-29 %**
C00.63C	Autre traitement de médecine nucléaire	2'541.40	C00.63Z – Traitement de médecine nucléaire	5'520.44	**-54 %**

IV. FORFAITS 2027 VS 2026
MAIN, MAXILLO-FACIAL, ORL

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

Forfait 2027	Libellé 2027	Points 2027	Forfait 2026 comparable	Points 2026	Écart
C08.10C	Os neurocrâne et face	4'888.46	C08.10C – Maxillo-facial simple	2'031.07	**+141 %**
C08.41D	Autre aponévrectomie	1'424.16	C08.41Z – Maladie de Dupuytren (groupe unique)	3'465.08	**-59 %**
C01.15A	Décompression du nerf, anesth. par anesthésiste	3'244.60	C01.15A – Décompression/neurolyse complexe	4'698.96	**-31 %**
C08.10A	Maxillo-facial hautement complexe	10'191.06	C08.10A – Maxillo-facial complexe	8'216.06	**+24 %**
C08.40A	Arthroplastie prothèse digitale	6'844.15	C08.40A – Arthroplastie prothèse doigt	5'706.29	**+20 %**
C01.16A	Suture du nerf, greffon, sympathectomie	3'842.71	C01.16A – Suture nerveuse complexe	4'584.07	**-16 %**
C08.41A	Aponévrectomie ≥ 3 rayons	4'026.67	C08.41Z – Maladie de Dupuytren (groupe unique)	3'465.08	**+16 %**
C03.16A	Thyroïdectomie bilat. / parathyroïdectomie	6'458.41	C10.49Z – Autres interv. organes endocriniens	5'634.23	**+15 %**
–	Implant cochléaire → TARDOC (RG.05.0250, /min)	–	C03.70B – Contrôle de l'implant cochléaire	1'287.69	**–**
C01.15E	Décompression du nerf	1'026.12	C01.15D – Décompr. canal carpien/tarsien	1'126.10	**-9 %**
C08.40H	Interventions sur la main	934.65	C08.40H – Excision kyste, ténolyse, poulies	1'014.74	**-8 %**
C00.90C	Autre excision de ganglions	2'882.46	C09.30B – Excision ganglions individuels	2'813.08	**+2 %**

PROCHAINES ETAPES

HIRSLANDEN
CLINIQUE LA COLLINE
CLINIQUE DES GRANGETTES

- **DU 23 NOVEMBRE – MI-DECEMBRE:**

Adaptation de vos formulaires et outils de saisie en vue de leur activation au 1er janvier 2027
+ Rencontre Physique/Teams pour les services les + impactés

- **PREMIER TRIMESTRE 2027:**

→ intervention de l'expert Stéphane Johner : Présentation des changements dans le détail, clarification des modalités d'application, réponses aux questions plus spécifiques.

→ Suivi des premiers mois d'application et ajustements des formulaires selon vos retours.

Soutien

- Site Web de l’OTMA
  - Convention, annexes, navigateur tarifaire, outils de simulation
- Espace compétences
  - Formation, ateliers



Disclaimer

Les informations contenues dans cette présentation sont fournies à titre informatif et restent susceptibles d'évolution et ne sauraient fonder une quelconque responsabilité. Toute décision, accord ou mise en œuvre fondés sur ces éléments doit être précédée d'une vérification et d'une confirmation écrite de la part des autorités compétentes.

Ce document et son contenu sont confidentiels et destinés exclusivement aux destinataires identifiés. Toute reproduction, diffusion ou utilisation non autorisée, totale ou partielle, est interdite sans l'accord préalable écrit des présentateurs. Les marques, données et éléments présentés restent la propriété de leurs titulaires respectifs.

Pour toute question, précision ou demande de validation officielle, prière de contacter le référent indiqué dans la présentation.